

Anschrift des MSD der Förderschule

Ort, Datum

Telefon (Schulleitung)

Telefon (Diagnostiklehrer)

An

**Amtsärztliche Untersuchung im Rahmen des Verfahrens zur Beratung und zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf**

Gesetzliche Grundlagen: § 4c Absatz 3 Satz 2 Sächsisches Schulgesetz in Verbindung mit § 13 Absatz 5 Satz 3 Schulordnung Förderschulen

Sehr geehrte(r)

im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf bitte ich Sie um die Erstellung eines amtsärztlichen Gutachtens für:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Name, Vorname der Eltern und Wohnanschrift (Telefon)

Das Kind ist Schulanfänger/Schüler der

Name, Anschrift der meldenden Einrichtung (Vorwahl/Telefon)

Klasse

Sie werden gebeten, insbesondere zu folgenden Schwerpunkten Stellung zu nehmen<sup>1</sup>:

- medizinisch erkennbare Zusammenhänge zwischen Funktionsbeeinträchtigungen im organischen Bereich, im Sinnesbereich, in der Sprache oder im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung und dem vermuteten sonderpädagogischen Förderbedarf im Förderschwerpunkt \_\_\_\_\_ [bitte einsetzen]
- Aussagen zu Art und Umfang der Behinderung
- Notwendigkeit besonderer Hilfen zur Teilhabe und zum Erreichen von Bildungszielen aus medizinischer Sicht, unter anderem spezifische Fördermaßnahmen
- Hinweise zur Art der Schülerbeförderung
- Stellungnahme zu einer eventuell erforderlichen Heimunterbringung

Bitte senden Sie die Ergebnisse der amtsärztlichen Untersuchung bis zum \_\_\_\_\_ an den oben genannten MSD der Förderschule zurück. Sofern Sie weitere Informationen benötigen, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Mit freundlichen Grüßen

<sup>1</sup> Bitte Zutreffendes ankreuzen